

Aus der Psychosomatischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Gießen

Direktor: Prof. Dr. Dr. H. E. Richter

Versuch zur Objektivierung rentenneurotischer Merkmale

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Doris Mundorf
aus Königsberg in Preußen

Gießen 1967

1969

Aus der Psychosomatischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Gießen
Direktor: Prof. Dr. Dr. H. E. Richter

Versuch zur Objektivierung rentenneurotischer Merkmale

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Doris Mundorf
aus Königsberg in Preußen

Gießen 1967



Dekan: Prof. Dr. H. Rettig

Referent: Prof. Dr. Dr. H.E. Richter

Korreferent: Prof. Dr. A. Derwort

Tag der mündlichen Prüfung: 6.März1969

Herrn Professor Dr. Dr. H.E. Richter danke ich für die Überlassung des Themas und die großzügige Unterstützung bei allen während der Arbeit an der Dissertation auftauchenden Problemen.

Herrn Professor Dr. H. Rettig besten Dank für die Bereitstellung des Patientengutes und für die Möglichkeit der Einsichtnahme in das Aktenmaterial!

Besonderen Dank Herrn Diplompsychologen D. Beckmann für die Beratung in allen methodischen und statistischen Fragen!

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
1. Einleitung	1
2. Literaturüberblick	2
3. Beschreibung der Stichprobe	6
4. Methodik	8
5. Ergebnisse	10
6. Zusammenfassung	19
7. Tabellarischer Anhang	20
8. Literaturverzeichnis	27
9. Lebenslauf	34



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545909_0022

Einleitung.

Die vorliegende Arbeit geht auf eine Anregung von Prof. Dr. H. Rettig, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Gießen, zurück. Bei der Begutachtung von Patienten mit einer Kriegsverletzung oder einer Unfallverletzung war aufgefallen, daß ein Teil der Begutachteten nach einer Rente bzw. nach Erhöhung derselben strebte, ohne daß dies objektiv klinisch gerechtfertigt erschien.

Man kann annehmen, daß es sich bei diesen Patienten um eine neurotische Überlagerung und Fixierung eines abgeklungenen oder gebesserten körperlichen Geschehens handelt, das zum Bild der sog. "Rentenneurose" gehört.

Allen Untersuchten ist gemeinsam, daß sie eine körperliche Schädigung erlitten haben und sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem Rentenverfahren befinden. Das Kriterium der Unterteilung dieses homogenen Patientengutes bildet die Begutachtung, in der entweder eine MdE entsprechend dem Anspruch des Patienten anerkannt bzw. erhöht wird oder in der eine MdE verneint bzw. eine vorher anerkannte MdE entgegen dem Wunsch des Patienten gleich oder sogar geringer eingestuft wird. Geht man von der Annahme aus, daß die zuletzt genannte Gruppe an einer Rentenneurose leidet, so müssen signifikant von der Norm abweichende Merkmale gefunden werden, die diese Vermutung bestätigen.

Es soll in dieser Arbeit versucht werden, die oben angegebene Hypothese mit Hilfe testpsychologischer Untersuchungsmethoden möglichst weitgehend zu objektivieren.

Literaturüberblick.

Eine klare Definition des Begriffes "Rentenneurose" gegenüber anderen, sehr ähnlichen Erscheinungen gibt es bis heute nicht. In der Literatur erscheinen als Synonyma "Rentenkampfhysterie", "Entschädigungsreaktion", "Rentenbegehrhaltung" sowie "Unfallneurose".

O p p e n h e i m (41) faßte 1894 die "Folge der psychischen und physischen Erschütterung" unter dem Begriff "traumatische Neurose" zusammen und glaubte, daß sie durch molekulare Veränderungen im Großhirn hervorgerufen werde. Bereits 1911 jedoch schrieb S t i e r l i n (57) in einer Arbeit: "zu der Emotion tritt als zweites unentbehrliches ätiologisches Moment die Disposition" und in den folgenden Jahren, begünstigt durch die Erfahrungen des ersten Weltkrieges, distanzierten sich die meisten Untersucher von der Lehrmeinung Oppenheims. S e e l e r t (52) postulierte 1915: "es wäre nichts Überraschendes, wenn psychogene Symptome bei Soldaten, die monatelang unverändert bestanden und jeder Therapie getrotzt haben, nach Beendigung des Krieges rasch zur Heilung kommen." In den Vorträgen der Münchner Neurologentagung 1916 konnten vor allem N o n n e und G a u p p (14) den wunschbedingt-tendenziösen Charakter der Kriegsneurosen überzeugend darlegen. Diese grundlegende Erkenntnis fand nach dem Kriege ihren Niederschlag in der Begutachtung der sog. Unfallneurose, deren körperliche Symptome nun nicht mehr als Folge eines mehr oder minder belanglosen Unfalles angesehen wurden, sondern deren Ursachen man sich in der Flucht aus einer bestimmten Konfliktsituation in die jetzige Erkrankung erklärte, wobei der Unfall lediglich den in diesem Augenblick zufälligen Anlaß darstellte. 1925 stellte S t i e r (56) fest, daß eine Behandlung in gewöhnlichem Sinne meist negativen Einfluß habe, da sie dem Patienten erst recht die Tatsache seines Krankseins bewußt mache. Gleichzeitig warnte er vor der Berentung solcher Fälle und wies darauf hin, "daß nicht nur die Vollrente oder hohe Rente, sondern auch schon die niedrige Rente prinzipiell schädlich wirkt."

Basierend auf diesen Erkenntnissen fiel die grundsätzliche Entscheidung des RVA (Reichsversicherungsamtes) vom 24.9.1926 dahingehend aus, daß eine Rente nicht zu gewähren sei, wenn die Erwerbsminderung des Patienten "ihren Grund lediglich in der Vorstellung des Versicherten krank zu sein oder in mehr oder minder bewußten Wünschen" habe und "wenn der Versicherte sich aus Anlaß des Unfalles in den Gedanken krank zu sein hineingelebt habe, oder wenn die sein Vorstellungsleben beherrschenden Wünsche auf eine Unfallentschädigung abzielen, oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verstärkt sind."

Enke (11) untersuchte 1929 in einer Arbeit den Zusammenhang zwischen Unfallneurose und Konstitution. Er fand, daß diese Neurotiker einem bestimmten Formenkreis nicht zugeordnet werden konnten, daß aber an körperlichen Symptomen vegetativ-nervöse Erscheinungen besonders häufig zu beobachten waren. Es ist die Frage, ob sich diese Ergebnisse wirklich objektivieren lassen. Bezüglich der Verteilung der Berufsschichten bei den Neurotikern fand Enke, daß 50% sich aus ungelernten, weitere 25% aus gelernten Arbeitern zusammensetzte, und nur die restlichen 25% von etwas gehobeneren Berufen gestellt wurden. Das Maximum der Altersverteilung, in dem die Neurose manifest wurde, lag zwischen 31 und 50 Jahren. Es erscheint interessant, diese Ergebnisse zu überprüfen und zu fragen, ob sich die äußere Situation des Rentenneurotikers in den letzten 35 Jahren entscheidend gewandelt hat. Wagner (62) zeigte 1932 in ihrer Arbeit über "Die Erbanlage bei Rentenneurotikern", daß in den Familien der Untersuchten eine Häufung psychiatrisch-neurologischer Merkmale auftrat. Diese Ergebnisse dürften als wissenschaftlich exakt wohl angezweifelt werden, da sie allzu zeitgebunden erscheinen. Die Ergebnisse von Enke und Wagner wurden 1933 von Meier-Blaauw (37) bestätigt. 54% der Untersuchten wurde unterdurchschnittlich begabt gefunden. Die Testmethode hierfür wird allerdings nicht angegeben. Ungeklärt bleibt in dieser Arbeit die Frage, warum die Patienten nicht irgendeine Neurose, sondern ganz spezifisch eine Rentenneurose entwickeln.

K r e t s c h m e r (29) äußerte sich zu diesen Problemen in seinem Buch "Hysterie, Reflex und Instinkt" dahingehend, daß es wertlos sei, bei großen soziologischen Gruppen nach "allgemeinen konstitutionellen Affinitäten" fragen zu wollen. Vielmehr sei es von Interesse, die Untergruppen näher zu beleuchten, da man hier "bestimmte Konstitutionsformen auf bestimmte, durch Lebensalter, Arbeitsbedingungen, Familienverhältnisse u.s.w. geformte komplexe Außenreize reagieren sehe, sodaß dann eventuell aus Anlage und Milieu scharf zusammengeprägte kleinere soziologische Einzeltypen entstehen."

Vergleichende Untersuchungen an Kriegsneurotikern des zweiten Weltkrieges ließen deutlich erkennen, daß die Symptome sich verlagert hatten: gegenüber dem massenhaften Auftreten der sog. "Kriegszitterer" des 1. Weltkrieges war die jetzige Nachkriegszeit charakterisiert durch das Fehlen grober abnormer Erlebnisreaktionen. J a n z (24) versuchte diesen Vorgang durch Zeiteinflüsse zu erklären, die zu "allgemein erhöhter vegetativer Erregbarkeit und Funktionslabilität" führten und sprach von "organischem Entgegenkommen."

Interessant erscheint die von H i r s c h m a n n (19) mitgeteilte Tatsache, daß sich bei der Auswertung von ca. 2500 Rentengutachten unabhängig von den Umweltfaktoren in einem gleichbleibenden Prozentsatz, nämlich 30 v.H., neurotische Symptome fanden. Diese Zahl (M a y e r (36) fand in einer späteren Arbeit bei 50 untersuchten Rentenbewerbern 48%) blieb, mit ganz geringen Abweichungen, während der Zeiträume 1919-1924, 1935-1939 und 1945-1949 mit ihren sehr unterschiedlichen äußeren Verhältnissen nahezu konstant.

In seiner 1957 erschienenen Monographie "Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen" teilt V e n z l a f f (61) die Unfallneurosen in vier Untergruppen ein und zwar 1. Wunschreaktionen, 2. psychopathische Reaktionen, 3. Neurosen im eigentlichen Sinne (das Unfallereignis steht in Beziehung zu einer Konfliktsituation auf anderer Ebene) und 4. erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel, wobei er den Gruppen 1 bis 3 grundsätzlich das Recht auf Berentung abspricht und nur die vierte für eine solche geeignet hält. Kritisch ist hierzu zu sagen,

daß es ausgesprochen schwierig erscheint, Neurose und Psychopathie gegeneinander abzugrenzen, und daß bei dieser Art der Einteilung das Kriterium, welches die beiden Gruppen deutlich voneinander unterscheiden würde, fehlt.

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 29.2.1956 "können auch weiterhin seelisch begündete Schäden als durch ein Schadensereignis verursacht angesehen werden, auch wenn es sich im Einzelfall um eine labile Persönlichkeit handelt, die besonders geneigt und geeignet ist, Begehrensvorstellungen nachzugeben. Der BGH sieht aber den Rentenanspruch dann als unbegründet an, wenn gerade die Schadensersatzleistung die Wiedereingliederung in den sozialen Lebens- und Pflichtenkreis unmöglich macht." (Zitiert nach S c h u l z (51)).

P e r r e t und S c h n e i d e r (42) untersuchten eine Gruppe von 15 Patienten mit der Diagnose névrose d'assurance mit Hilfe des Rohrschach- und MMPI-Tests und fanden bei letzterem die L- und K-Skala erhöht, während die F-Skala im Bereich der Norm lag. Das "neurotische V" zeigte sich in mehreren Fällen erhöht, die Hd- und Hy-Skalen überwogen deutlich die D-Skala. In einigen Fällen war die P- und Pp-Skala erhöht.

Aus dem Literaturüberblick geht hervor, daß bisher sehr wenig mit objektiv faßbaren Methoden gearbeitet worden ist. In der vorliegenden Arbeit soll nun eine Lösung der in der Einleitung erwähnten Probleme versucht und die diesen Ergebnissen zufolge typischen Merkmale der "Rentenneurose" gezeigt werden.

Beschreibung der Stichprobe.

Es handelt sich bei den untersuchten Patienten um eine Gruppe von 30 Versuchspersonen aus der Orthopädischen Universitätsklinik Gießen. Bei der Auswahl der Patienten spielte lediglich die Tatsache eine Rolle, daß die betreffenden Personen einen Rentenneu- oder Verschlimmerungsantrag gestellt hatten. Die Untersuchung dauerte von Januar bis September 1965. Es handelte sich bei dieser Personengruppe ausschließlich, aber rein zufällig, nur um Männer. 50% setzten sich aus ungelernten Arbeitern zusammen, die übrigen Berufe waren gleichmäßig über die restlichen 50% verteilt: gelernter Arbeiter, Handwerker, Angestellter, Beamter, Gewerbetreibender, Landwirt, Rentner und ein Student. 29 der 30 Patienten hatten die Volksschule besucht, einer die Höhere Schule. Der Gipfel der Altersverteilung lag mit 40,3% zwischen 35 und 45 Jahren, ein zweiter Gipfel mit 30% zwischen 45 und 60 Jahren. Die meisten Untersuchten waren verheiratet und hatten 2 Kinder.

Von diesen jetzt zur Begutachtung kommenden Patienten hatten 11 einen Rentennewantrag gestellt, bei 4 von ihnen war in einem vorherigen Gutachten ein Rentenantrag bereits abgelehnt worden, und sie hatten jetzt einen Verschlimmerungsantrag gestellt. Einer von ihnen hatte bereits ein Sozialgerichtsverfahren angestrengt. 2, die bis jetzt mit weniger als 30% MdE eingestuft waren, hatten einen Verschlimmerungsantrag gestellt. Von 13 zwischen 30 und 50% MdE begutachteten Patienten hatten 10 einen Verschlimmerungsantrag gestellt. Bei einem von ihnen lief ein Sozialgerichtsverfahren. Von den über 50% MdE eingestuften 4 Patienten hatten 3 einen Verschlimmerungsantrag gestellt. Die 11 Patienten, die von sich aus keinen Verschlimmerungsantrag gestellt hatten, waren von ihren jeweiligen Versicherungsträgern zur neuerlichen Begutachtung in die Orthopädische Klinik bestellt worden.

Die Begutachtung erfolgte in der Weise, daß 2 der Patienten in ihrer MdE herabgesetzt und 11 erhöht wurden; bei den restlichen 17 blieb die MdE entsprechend dem vorherigen Gutachten gleich.

Bei 21 dieser Patienten handelte es sich um eine reine Kriegsverletzung, bei 6 lag ein reiner Arbeitsunfall vor und bei 3 kam sowohl eine Kriegsverletzung als auch ein Arbeitsunfall zur Begutachtung. Hierbei überwogen Verletzungen der oberen und unteren Extremität gegenüber allen anderen. Es soll an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß es sich bei keinem der Verletzten um eine Hirnverletzung handelte, die in irgendeiner Weise die Untersuchungsergebnisse hätte verändern können.

Methodik.

Bei der Auswahl der Untersuchungsmethoden war der Zeitfaktor limitierend.

Zunächst wurde zur Kontaktaufnahme mit dem Patienten ein kurzes einleitendes Gespräch geführt. Um einen groben Überblick über das Intelligenzniveau jedes Einzelnen zu erhalten, wurde dem Patienten Teil 5 "Gemeinsamkeitenfinden" des Hamburg-Wechsler-Intelligenztestes für Erwachsene zur Beantwortung vorgelegt. Dieses Verfahren stellt eine optimale Kurzmethode dar, da dieser Testteil am höchsten mit allen anderen Testgruppen korreliert. Es sollte hiermit überprüft werden, ob die in der Literatur oftmals behauptete Feststellung zutrifft, daß die Intelligenz des Rentenneurotikers unter dem durchschnittlichen Intelligenzniveau einer vergleichbaren Normalpopulation liegt.

Im nächsten Untersuchungsschritt wurde dem Patienten ein vorgedruckter Bogen gegeben, auf dem zehn Sätze angefangen waren, die schriftlich zu Ende geführt werden sollten (s. Anh.). Es wurde hierbei Aufschluß erwartet über das Vorhandensein von 1. Verlassenheitsängsten und depressiver Verstimmung sowie Geborgenheitswünschen und 2. Verarmungsängsten, die sich auf Beeinträchtigung durch Krankheit, Berufsuntüchtigkeit und Angst vor Verletzungen (als Kind u.s.w.) beziehen. Die Signierung dieser Sätze wurde von zwei Diplompsychologen unabhängig voneinander vorgenommen. Die Auswertung erfolgte durch einen dritten Diplompsychologen.

Da in dem Verhalten der Versuchspersonen aggressive Tendenzen der Umwelt gegenüber vermutet werden konnten, sollte versucht werden, diese Hypothese mit Hilfe des Rosenzweig-P-F-Testes zu objektivieren. Dieser wird in der Einleitung der Handanweisung der deutschen Bearbeitung von 1957 als ein "spezielles projektives Verfahren" bezeichnet, "das dazu dient, Formen des Verhaltens in Belastungssituationen festzustellen." Die Basis des P-F-Verfahrens bildet die Annahme, daß der Patient sich bewußt oder unbewußt mit der frustrierten Person auf dem Test-Bild identifiziert

und seine eigenen Einstellungen und Haltungen in die Antwort projiziert.

Anschließend wurde dem Patienten das MMPI-Testheft vorgelegt. Es handelt sich bei dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory um einen mehrdimensionalen Persönlichkeitsfragebogen, der aus 566 Fragen besteht und ein gutes Bild über die Gesamtpersönlichkeit ergibt. Aus Zeitmangel konnte der Test nur in abgekürzter Form verwendet werden, d.h. es sollten lediglich die Fragen beantwortet werden, die für die 13 Hauptskalen benötigt wurden. Die Ergebnisse des Testblattes wurden auf ein Profilblatt übertragen und das Profil mit dem der Eichpopulation verglichen. Aus dem Gesamt aller Profile der Patienten wurde ein Mittelwertprofil dieser Gruppe gezeichnet. Es erfolgte dann eine Faktorenanalyse, welche ein rechnerisches Verfahren darstellt, mit Hilfe dessen man aus einer größeren Zahl miteinander korrelierter Variabler eine kleinere Zahl voneinander unabhängiger Variabler gewinnt, wobei man von der Annahme ausgeht, daß jede Versuchsperson die in dem Faktor repräsentierte Eigenschaft in einem gewissen Ausmaße besitzt und daß diese Eigenschaft für das Zustandekommen eines bestimmten MMPI-Profiles für jede Versuchsperson die gleiche Bedeutung hat. Die aus dieser Analyse gewonnenen Ergebnisse lassen sich graphisch darstellen.

Zum Schluß der Untersuchung wurde den begutachtenden Ärzten in der Orthopädischen Klinik eine Skala gegeben, mit Hilfe derer Simulation subjektiv erfaßt werden und mit den objektiven Testergebnissen verglichen werden sollte.

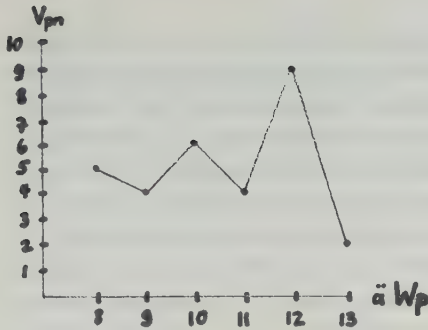
Ergebnisse.

Auffällig bei fast allen Patienten war ein deutlich zum Ausdruck kommender Wille, sich mit der Umwelt in der gewünschten Form zu arrangieren. Kaum einer der Untersuchten fragte nach dem Verwendungszweck der Tests. Obwohl die Patienten zu einer körperlichen Untersuchung gekommen waren, ließen sie willig die Testreihe über sich ergehen und zeigten sich sogar mehr oder weniger kooperativ dabei. Es hatte den Anschein, als bemühten sie sich, in ihrem Verhalten möglichst unauffällig und wenig aggressiv zu sein. Diese Beobachtungen stimmen gut mit den objektiven Testergebnissen überein.

Aus dem einleitenden Gespräch ging hervor, daß 17 der getesteten Patienten wirtschaftliche Sorgen hatten, 13 gaben an, daß sie materiell gesichert seien. Hierbei wurde deutlich, daß es einem großen Teil der Patienten weniger um die Rente als solche als vielmehr um die Anerkennung ihres Leidens durch die Umwelt ging. Bezüglich der Situation dieser Gruppe von Patienten im Berufsleben ließ sich feststellen, daß nur 2 von ihnen sich nicht imstande fühlten, eine Tätigkeit auszuüben. Die übrigen Patienten fühlten sich in ihrem Beruf zum größten Teil wohl. Die wenigen Untersuchten, die keine Freude an ihrer Tätigkeit empfanden, scheuten die Mühen der Umschulung; die meisten von ihnen fühlten sich zu alt dafür.

1. Gemeinsamkeitenfinden.

Die in der Literatur immer wieder auftauchende Behauptung, daß "Rentenneurotiker" unterdurchschnittlich begabt seien, kann in den vorliegenden Untersuchungen nicht bestätigt werden. Bei dem Teil "Gemeinsamkeitenfinden" aus dem HaWIE-Test erreichten die Versuchspersonen (Vpn) folgende äquivalente Wertpunkte (äWp):



50% der "normalen" Testpopulation erzielen zwischen 7 und 13 Wertpunkten. Es zeigt sich also, daß die untersuchten Patienten bezüglich ihrer Intelligenz dem Durchschnitt einer Normalpopulation entsprechen. Diese Tatsache steht jedoch in deutlichem Widerspruch zu dem mit Hilfe dieses Intelligenzniveaus Erreichbaren bezüglich des Berufes. 50% der Gruppe setzen sich aus ungelernten Arbeitern zusammen. Da diese Patienten nicht unterdurchschnittlich begabt sind, ist anzunehmen, daß sie in stärkerem Maße lebensuntüchtig sind als eine vergleichbare Normalpopulation. Es hat den Anschein, als würden sie in ihrem Fortkommen durch eine Neurose behindert.

2. Rosenzweig P-F-Test.

Bei dem ausgewerteten Test werden jeweils die Werte der 6 Kategorien und der 9 Faktoren sowie des "group conformity rating" mit den Medianen und Quartilen der Normwerte verglichen. Es zeigt sich, daß die Gruppe sich aus 2 Untergruppen zusammensetzt (vergl. S.13). Die Gruppe G I-hoch, aus der, wie unter 3. und 4. gezeigt wird, 11 Patienten einen erhöhten Hd-Wert zeigen und auf dem Faktor I > .75 laden, weist im Rosenzweig P-F-Test folgende signifikant abweichende Werte auf:

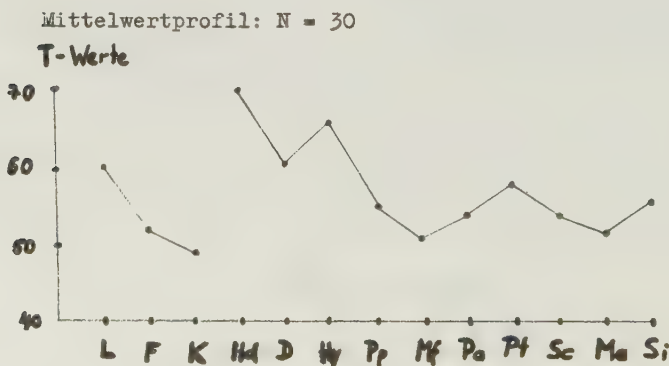
	O-D↓	E-D	N-P↑
E↓	E'↓		
J			
M↑			m↑

G.C.R. ↓

Da bei G I-hoch die Richtung E erniedrigt ist, läßt sich aussagen, daß die Patienten dieser Gruppe ihre Aggression nicht gegen die Umwelt richten, sondern, wie der erhöhte M-Wert zeigt, diese umgehen und versuchen, die Frustration zu bagatellisieren. Bei den Reaktionstypen finden sich erniedrigte O-D-Werte und erhöhte N-P-Werte, die darauf hinweisen, daß das Hindernis, die frustrierende Barriere in der Antwort sehr wenig betont wird und die Lösung der problematischen Situation hervorgehoben wird. Unter den abweichenden Faktoren weist ein erniedrigtes E' darauf hin, daß die Existenz des vereitelnden Hindernisses gewissermaßen "unterbetont" wird. Ein erhöhtes m zeigt, daß die Hoffnung zum Ausdruck kommt, die Zeit oder normalerweise zu erwartende Umstände würden das Problem lösen. Geduld und Sich-Fügen sind hier charakteristisch. Die Werte für die Gruppe G I-niedrig sind unauffällig, bzw. nicht in allen beschriebenen Kategorien und Faktoren gleichzeitig von den Normwerten abweichend; es wird aus diesem Grunde auf eine graphische Darstellung verzichtet.

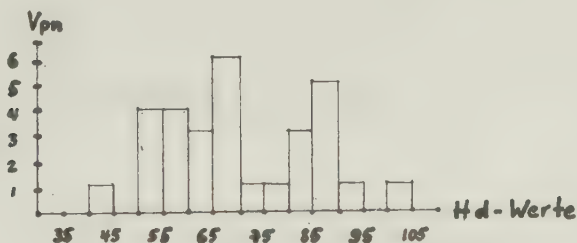
3. MMPI.

Das Mittelwertprofil der Gruppe liegt mit seinen Hd-, D- und Hy-Werten noch im Streubereich, ist jedoch erhöht. Der übrige Teil der Kurve bleibt unauffällig.



Am deutlichsten abweichend von der Norm sind die Hd-Skalen, die bei 11 Patienten über einem T-Wert von 75 liegen. Bei 16 Patienten sind die Hy-Skalen ebenfalls erhöht und erreichen T-Werte über 65. Bei 13 der Untersuchten läßt sich das sog. "psychosomatische V" feststellen (das auch im Mittelwertprofil zum Ausdruck kommt), d.h. erhöhte Skalen für die Werte Hd, D und Hy, wobei D gegenüber den beiden anderen Skalen nur geringfügig erhöht ist, sodaß die graphische Darstellung auf dem Profilblatt die Figur eines V ergibt. Untersuchungen an Patienten mit anderen Erkrankungen zeigen, daß die Hd-Werte im allgemeinen nicht über 55 liegen (W e l s h und D a h l s t r o m, Hrsg. (65)). Die Werte für die übrigen Skalen sind nicht deutlich abweichend und streuen im Bereich der Norm.

Die graphische Darstellung der Hd-Werte in Form eines Treppenpolygons zeigt zwei Gipfel, d.h. es muß auch hier nach angenommen werden, daß die Stichprobe heterogen ist und sich aus zwei Populationen G I-hoch und G I-niedrig zusammensetzt. Aus diesem Grunde wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt.

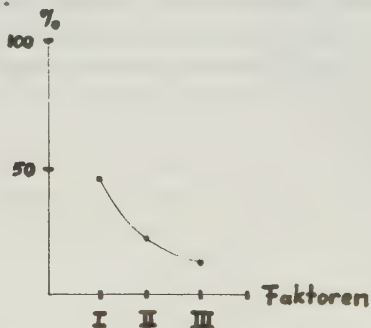


4. Faktorenanalyse.

Sämtliche T-Werte aus dem Profilblatt des MMPI werden untereinander korreliert und in einer diagonalsymmetrischen Matrix zusammengestellt. Auf rechnerischem Wege lassen sich die Faktoren (I, II, III u.s.w.) und die Ladungszahlen der Merkmale bestimmen und in einer Faktorenmatrix, der die zu

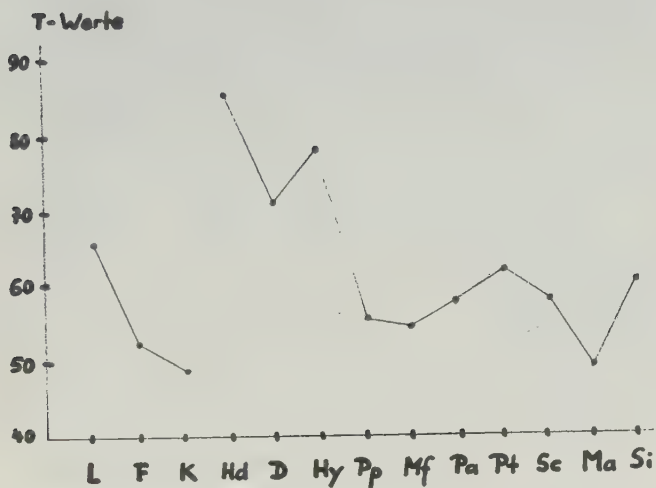
errechnenden Kommunalitäten h^2 der Merkmale angefügt werden, zusammenstellen (s. Anh.). Das Ergebnis der Analyse läßt sich graphisch darstellen, wenn die Faktoren Achsen eines Koordinatensystems werden. Jedes Merkmal läßt sich nun als Vektor darstellen, dessen Endpunkte durch die Ladungszahlen des Merkmals gegeben sind. Hierbei zeigt sich wieder, daß die Gruppe sich im wesentlichen in 2 Untergruppen aufteilen läßt und zwar sowohl, wenn die Faktoren I und II als auch I und III zu den Achsen des Koordinatensystems gemacht werden. Die Rotation der Achsen erbringt keine wesentliche Verdeutlichung.

Die Faktorenanalyse wird nach Extraktion von 3 Faktoren abgebrochen, da man annehmen kann, daß auf Grund des im Folgenden dargestellten Kurvenverlaufs die wesentlichen Merkmale erfaßt wurden (relativer Anteil gemeinsamer Varianz pro Faktor):

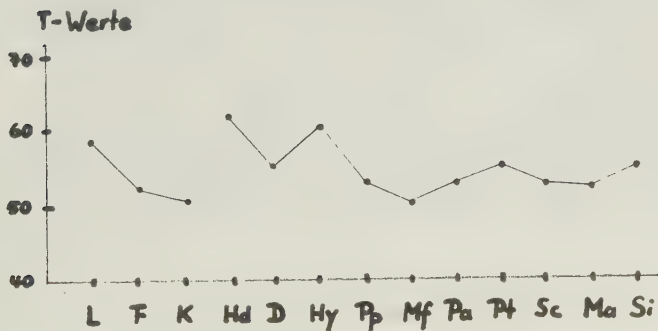


Die vergleichende graphische Darstellung der beiden Profile der Gruppe G I-hoch (Faktor I $>.75$) und G I-niedrig (Faktor I $<.75$) macht deutlich, daß es sich bei der ersten um Patienten mit ausgeprägten Verleugnungstendenzen sowie ungewöhnlich starken hypochondrischen und konversionsneurotischen Merkmalen handelt:

Profil: G I-hoch (Faktor I $> .75$); N = 10



Profil: G I-niedrig (Faktor I $< .75$); N = 20



5. Satzergänzungen.

Zur Frage der Inhaltsbedeutung von Hd und den oben dargestellten Profilen wird untersucht, inwieweit sich die beiden Gruppen G I-hoch (Faktor I $\geq .75$) und G I-niedrig (Faktor I $\leq .75$) in bezug auf V (Verlassensängste) und A (Verarmungsängste) unterschiedlich verhalten. Die oben beschriebenen Satzergänzungen wurden von zwei unabhängigen Beurteilern nach diesen Tendenzen bewertet und signiert (vgl. S.8). Da die Beurteiler signifikant übereinstimmen, wird angenommen, daß die Beurteilung zuverlässig ist. Die Korrelation mit φ -Koeffizienten zeigt, daß die Beurteiler-übereinstimmung mit $\varphi=0.46$ ($p \leq 0.05$) gesichert ist. V und A sind unabhängige Dimensionen ($\varphi=0.07$). Es kann folgendes ausgesagt werden:

- a) nicht gesichert ist die Tendenz, daß V bei G I-hoch häufiger ist als bei G I-niedrig;
- b) gesichert ist, daß A bei G I-hoch häufiger ist ($p \leq 0.05$) als bei G I-niedrig;
- c) hoch gesichert ist, daß A+V bei G I-hoch häufiger ist ($p \leq 0.01$) als bei G I-niedrig.

Diese Ergebnisse zeigen also, daß die Gruppe von Patienten, die Hd-Werte über 75 zeigt und auf dem Faktor I $\geq .75$ ladet, in erhöhtem Maße Verarmungsängste hat, und daß sie Verarmungsängste plus Verlassensängste in sehr viel stärkerem Umfang zeigt als die andere Gruppe.

Um zu überprüfen, ob es sich wie angenommen bei der Gruppe G I-hoch um diejenigen Patienten handelt, die bei der orthopädischen Begutachtung entweder mit ihrer MdB herabgesetzt oder gleich eingestuft wurden, d.h. deren Rentenansprüche nicht in adäquatem Verhältnis zu den körperlichen Beschwerden standen, sondern neurotisch überlagert waren, wurde der χ^2 -Vierfelder-Test angewandt:

	70	Hd	70
gleich u. herabges.	8		11
erhöht	10		1
	18		12
			30

$$\chi^2 = 6.91 \text{ (1\%-Niveau} = 6.64)$$

Man findet, daß mit einer einzigen Ausnahme nur die Patienten in ihrer MdE erhöht wurden, bei denen der Hd-Wert unter 70 lag. Es ist hiermit hochsignifikant gesichert, daß Patienten mit Rentenansprüchen, die nicht in adäquatem Verhältnis zum Ausmaß der körperlichen Schädigung stehen, eher hohe Werte auf der Hypochondrie-Skala des MMPI erreichen.

6. Simulation.

Die von den begutachtenden Ärzten der Orthopädischen Klinik ausgefüllten Skalen über den subjektiven Eindruck, Simulation betreffend, lassen sich nicht interpretieren, da zu viele Gutachter daran teilgenommen haben und damit eine sichere Aussage nicht möglich ist. Ganz grob läßt sich feststellen, daß nur in 3 Fällen bei einem Patienten Simulation angenommen wurde.

Abschließend wurde der χ^2 -Vierfelder-Test mit allen verwendeten Faktoren in Beziehung zu Hd durchgerechnet, um zu sehen, welche davon in irgendeiner Weise damit korrelieren. Die γ -Werte wurden in einer Korrelationsmatrix zusammengestellt. Man ersieht daraus, daß das Merkmal Hd nur mit dem Faktor I und dem Ergebnis der Begutachtung in Form der MdE korreliert. Alle übrigen Merkmale korrelieren nicht oder sehr niedrig ($N = 30$).

	Hd	I	MdE	Gf	S	E'	m	A
Hd	.	0.88	0.48	-0.22	0.09	0.09	-0.09	0.20
I		.	0.16	-0.05	0.16	0.29	-0.05	0.16
MdE			.	0.16	-0.05	-0.05	0.16	0.16
Gf				.	0.05	-0.29	0.29	-0.05
S					.	-0.16	0.16	0.16
E'						.	-0.16	-0.05
m							.	-0.05
A								.

Erklärung der Abkürzungen:

Hd = Hypochondrie

I = Faktor I

MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit

Gf = Gemeinsamkeitenfinden

S = Simulation

E' = Faktor aus dem Rosenzweig P-F-Test

m = Faktor aus dem Rosenzweig P-F-Test

A = Alter

Zusammenfassung.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, daß die Hypothese, es handle sich bei dem Teil der zu begutachtenden Patienten, deren Rentenansprüche nicht in adäquatem Verhältnis zu den körperlichen Beschwerden stehen, um Rentenneurotiker, ³kann ¹bestätigt ²werden. Wenn auch sicher mit den vorliegenden Untersuchungsmethoden nicht alle Wesenszüge der Renten-neurose objektiv erfaßt werden, so lassen sich doch einige wichtige Merkmale feststellen:

1. 50% der untersuchten Patienten sind ungelernte Arbeiter, obwohl die Gesamtgruppe in ihrer Intelligenz nicht vom Durchschnitt abweicht. Offensichtlich sind diese Patienten in ihrem beruflichen Fortkommen durch eine Neurose behindert.
2. Es ist hochsignifikant zu sichern, daß Patienten mit Rentenansprüchen, die nicht im adäquaten Verhältnis zum Ausmaß der körperlichen Schädigung stehen, im MMPI-Test hohe Werte auf der Hypochondrie-Skala erreichen.
3. Der hypochondrischen Haltung dieser Gruppe von Rentenneurotikern entsprechen gesichert nachgewiesene Verarmungs- und Verlassenheitsängste.
4. Die Rentenneurotiker sind in ihrem Aggressionsverhalten, gemessen an der Norm, in spezifischer Weise verändert: sie richten ihre Aggressionen nicht, wie zu erwarten wäre, gegen ihre Umgebung, sondern verhalten sich passiv gegenüber allen frustrierenden Ereignissen.

Durch diese Untersuchung wird das in der neueren Literatur beschriebene Bild der Renten-neurose nicht wesentlich ergänzt. Es kann jedoch gezeigt werden, daß einige der beschriebenen Merkmale der Renten-neurose objektiv abzuschern sind. Durch testpsychologische und statistische Methoden läßt sich nachweisen, daß die verwendeten Verfahren für die Diagnostik der Renten-neurose eine wertvolle Hilfe darstellen.

Tabellarischer Anhang.

Tafel I: Anamnestische Daten

Pat.	Alter	Fam.Stand	Kinder	Eltern	Geschw.	Schule
1	45	verh.	2	M.lebt	2	V.
2	44	verh.	2	M.lebt	2	V.
3	45	verh.	6	gest.	2	V.
4	40	verh.	2	V.lebt	0	V.
5	44	verh.	2	gest.	11	V.
6	44	verh.	2	gest.	1	V.
7	55	verh.	2	gest.	1	V.
8	46	verw.	3	leben	4	V.
9	51	verh.	2	gest.	0	V.
10	56	verh.	3	gest.	9	V.
11	37	verh.	2	leben	3	V.
12	47	verh.	3	V.lebt	3	V.
13	40	verh.	3	M.lebt	3	V.
14	46	verh.	2	V.lebt	1	V.
15	44	verh.	3	leben	4	V.
16	39	verh.	2	gest.	0	V.
17	47	verh.	1	leben	5	V.
18	40	verh.	3	leben	3	V.
19	39	verh.	3	leben	7	V.
20	38	verh.	3	V.lebt	3	V.
21	46	verh.	2	M.lebt	3	V.
22	53	verh.	3	gest.	1	V.
23	53	verh.	2	gest.	4	V.
24	57	verh.	2	gest.	12	V.
25	22	led.	0	M.lebt	4	V.
26	24	led.	0	leben	0	Univ.
27	45	gesch.	0	gest.	7	V.
28	43	verh.	2	gest.	3	V.
29	46	verh.	2	gest.	1	V.
30	54	verh.	2	M.lebt	3	V.

Tafel I: Anamnestiche Daten (Forts.)

Pat.	Ausbildg.	Beruf	Kriegsv.	Unfall	%MdE v.B.	%MdE n.B.
1	ohne	Landw.	+	-	0	10
2	abgeschl.	Bäcker	+	-	50	50
3	abgeschl.	Sattlerm.	+	-	50	50
4	n.abgeschl.	Musiker	-	+	10	30
5	ohne	Betr.Aufs.	+	-	50	50
6	abgeschl.	Dreher	+	+	30	40
7	n.abgeschl.	Polsterer	+	-	50	50
8	ohne	Schleifer	+	-	40	25
9	ohne	Landw.	-	+	0	0
10	ohne	Arbeiter	+	-	40	20
11	ohne	Viehverm.	-	+	10	20
12	ohne	Masch.ein.	+	-	30	40
13	ohne	Landw.	+	-	20	30
14	n.abgeschl.	Bergmann	+	-	70	70
15	ohne	Lagerist	+	-	10	10
16	abgeschl.	Masch.sch.	+	+	0	0
17	abgeschl.	Heizungsm.	+	-	0	0
18	abgeschl.	Buchdruck.	+	-	10	30
19	n.abgeschl.	Bergmann	+	-	0	0
20	n.abgeschl.	Maler	+	-	40	40
21	ohne	Drahtschn.	-	+	0	0
22	ohne	Kraftfahr.	+	-	0	0
23	ohne	Metzger	+	-	0	20
24	ohne	Werkz.pfl.	+	-	50	50
25	n.abgeschl.	Verkäufer	-	+	0	0
26	i.d.Ausb.	Student	-	+	0	0
27	ohne	Arbeiter	+	+	0	15
28	abgeschl.	Autolack.	+	-	60	100
29	abgeschl.	Techn.Ang.	+	-	66 2/3	66 2/3
30	ohne	Rentner	+	-	60	80

Satzanfänge.

1. Von anderen Menschen kann man am ehesten dann etwas erwarten, wenn...
2. Am liebsten hätte ich es, wenn...
3. Einer Frau (Mann) gegenüber verhält man sich am besten so, daß...
4. Mein Vater hatte es am liebsten, wenn ich...
5. Manchmal habe ich Sorgen, daß...
6. Als Kind empfand ich es als ungerecht, wenn...
7. Ich tue gerne jemandem einen Gefallen, wenn ich weiß, daß...
8. Als Kind hatte ich oft Angst, daß...
9. Wenn meine Familie nicht wäre, würde ich...
10. Meine Mutter hatte es am liebsten, wenn ich...

Tabelle I: Rohwerte aus dem Rosenzweig P-F-Test
(Kategorien in Prozentzahlen, Faktoren in
absoluten Zahlen)

Pat.	E	I	M	O-D	E-D	N-P	GCR
1	22.5	42.5	35.0	27.5	27.5	45.0	50.0
2	45.8	33.3	20.8	14.6	60.4	25.0	58.3
3	25.0	33.3	41.6	4.2	50.0	45.8	47.2
4	43.5	17.4	39.1	13.0	60.9	26.1	47.8
5	38.1	33.3	28.6	28.6	35.7	35.7	43.8
6	37.5	33.3	29.1	20.8	45.8	33.3	44.4
7	47.7	22.7	29.5	38.6	52.4	9.1	45.5
8	43.7	29.1	27.0	16.6	37.5	45.8	55.6
9	52.1	16.6	31.2	18.7	52.1	29.1	50.0
10	58.3	14.6	27.0	8.3	58.3	33.3	50.0
11	35.4	31.2	33.3	12.5	41.6	45.8	50.0
12	14.6	37.5	47.9	20.8	54.1	25.0	55.6
13	50.0	37.5	12.5	16.6	58.3	25.0	61.1
14	66.6	20.8	12.5	20.8	58.3	20.8	58.2
15	33.3	31.2	35.4	33.3	39.6	27.0	55.6
16	39.6	22.9	37.5	20.8	39.6	39.6	58.2
17	35.0	40.0	25.0	20.0	45.0	35.0	42.9
18	18.7	35.4	45.8	27.0	35.4	37.5	61.1
19	56.9	20.5	22.7	13.6	45.5	40.9	46.9
20	31.2	22.9	45.8	18.7	41.6	39.6	50.0
21	25.0	40.0	35.0	15.0	42.5	42.5	42.9
22	36.4	36.4	27.3	18.2	50.0	32.2	62.5
23	62.5	20.8	16.6	16.6	54.1	29.1	44.4
24	47.9	22.9	29.1	14.6	64.5	20.8	58.2
25	34.1	31.8	34.1	9.1	40.9	50.0	55.6
26	68.7	18.7	12.5	8.3	68.7	22.9	50.0
27	25.0	29.5	45.5	13.6	68.2	18.2	43.6
28	45.7	21.7	32.6	15.2	50.0	34.8	52.9
29	32.5	22.5	45.0	22.5	47.5	30.0	46.4
30	20.8	50.0	29.1	16.6	35.4	47.9	33.3

Tabelle I: Rohwerte aus dem Rosenzweig P-F-Test (Forts.)

(Kategorien in Prozentzahlen, Faktoren in absoluten Zahlen)

Pat.	E'	I'	M'	E	I	M	e	i	m
1	2.0	1.5	2.0	2.5	1.0	2.0	0.0	6.0	3.0
2	0.5	2.0	1.0	9.5	2.0	3.0	1.0	4.0	1.0
3	0.5	0.5	0.0	2.5	2.5	7.0	3.0	5.0	3.0
4	0.0	1.0	2.0	8.0	1.0	5.0	2.0	2.0	2.0
5	3.0	1.0	2.0	3.0	2.5	2.0	2.0	3.5	2.0
6	2.0	3.0	0.0	5.0	2.5	3.5	2.0	2.5	3.5
7	4.5	2.0	2.0	5.0	3.0	3.5	1.0	0.0	1.0
8	1.5	0.0	2.5	4.0	4.0	1.0	5.0	3.0	3.0
9	2.5	1.0	1.0	8.0	0.0	4.5	2.0	3.0	2.0
10	0.5	0.0	1.5	10.5	1.5	2.0	3.0	2.0	3.0
11	1.0	2.0	0.0	5.5	1.5	3.0	2.0	4.0	5.0
12	0.0	4.0	1.0	3.5	3.0	6.5	0.0	2.0	4.0
13	3.0	0.0	1.0	8.0	6.0	0.0	1.0	3.0	2.0
14	4.0	0.0	1.0	10.0	4.0	0.0	2.0	1.0	2.0
15	2.5	2.5	3.0	5.5	1.0	3.0	0.0	4.0	2.5
16	2.5	0.5	2.0	4.5	1.0	4.0	2.5	4.0	3.0
17	1.0	3.0	0.0	4.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0
18	2.0	2.0	2.5	2.0	1.5	5.0	0.5	5.0	3.5
19	3.0	0.0	0.0	8.5	0.5	1.0	1.0	4.0	4.0
20	1.0	1.0	2.5	2.5	2.5	5.0	4.0	2.0	3.5
21	1.0	1.0	1.0	4.0	2.5	2.0	5.0	8.0	7.0
22	2.5	0.0	1.5	5.5	1.5	4.0	0.0	6.5	0.5
23	2.0	2.0	0.0	10.0	1.0	2.0	3.0	2.0	2.0
24	1.5	2.0	0.0	6.5	2.0	7.0	3.5	1.5	0.0
25	0.5	0.0	1.5	4.0	1.0	4.0	3.0	6.0	2.0
26	1.0	0.0	1.0	13.0	1.5	2.0	2.5	3.0	0.0
27	1.0	0.0	2.0	4.5	4.0	6.5	0.0	2.5	1.5
28	0.5	2.0	1.0	9.0	0.0	2.5	1.0	3.0	4.0
29	2.0	0.5	2.0	3.5	2.0	4.0	1.0	2.0	3.0
30	2.0	1.0	1.0	2.0	3.0	3.5	1.0	8.0	2.5

Tabelle II: T-Werte aus dem Profilblatt des MMPI

Pat.	L	F	K	Hd	D	Hy	Pp	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
1	66	62	43	69	57	60	56	26	41	64	64	62	62
2	70	53	55	58	53	78	56	52	61	70	71	58	62
3	73	41	62	69	59	70	49	64	50	57	43	55	38
4	50	55	47	61	52	60	63	45	53	51	51	56	59
5	70	60	66	35	76	82	69	52	53	59	59	41	68
6	62	44	59	43	44	39	54	40	48	51	47	56	45
7	62	44	49	80	64	70	60	59	58	57	56	56	54
8	46	48	37	76	66	72	51	30	58	75	56	55	52
9	57	55	33	52	52	50	43	52	64	50	53	47	68
10	66	51	59	89	64	94	47	42	53	57	55	47	46
11	57	53	47	54	55	45	53	30	42	48	43	47	46
12	62	46	59	63	61	70	58	64	48	66	55	55	46
13	70	46	43	65	61	58	53	40	50	57	49	43	57
14	70	50	62	89	57	80	62	37	42	57	64	55	44
15	54	41	41	87	66	72	45	59	56	50	49	55	57
16	62	39	57	63	50	62	49	37	61	44	51	41	54
17	54	58	41	56	55	47	47	52	56	66	52	53	57
18	54	43	43	50	53	64	45	67	61	53	51	41	70
19	62	60	41	85	84	80	58	55	56	61	59	39	61
20	66	48	41	83	70	78	51	57	64	64	55	49	61
21	30	67	37	58	53	56	62	50	69	59	56	58	71
22	62	50	54	72	70	66	58	67	36	51	48	39	51
23	70	58	52	93	70	78	56	59	72	75	77	51	72
24	70	55	39	80	70	72	53	57	45	53	49	49	59
25	54	57	59	69	35	58	51	57	50	53	58	62	39
26	74	44	66	50	52	45	51	40	42	29	32	43	45
27	37	69	39	67	59	68	56	72	72	62	56	51	55
28	50	48	39	58	50	54	41	57	48	42	39	41	66
29	57	53	54	101	75	92	58	62	61	84	61	53	63
30	57	43	47	65	53	52	49	55	42	51	51	62	51

Tabelle III: Faktorenmatrix aus der Faktorenanalyse
der T-Werte

Pat.	I	II	III	h^2
1	46	-14	-67	68
2	42	-10	-34	30
3	61	-55	33	78
4	32	39	-58	59
5	76	-12	22	64
6	-36	-63	-39	74
7	90	-05	09	82
8	68	19	-43	68
9	23	69	-17	56
10	84	-33	-07	82
11	24	-37	-59	54
12	55	-38	25	51
13	82	-18	-25	77
14	76	-53	-29	94
15	88	20	21	86
16	63	-22	-23	50
17	19	49	-28	35
18	37	46	45	55
19	87	24	11	83
20	93	31	11	97
21	-12	67	-34	58
22	63	-19	56	75
23	88	32	-24	93
24	86	-15	37	90
25	11	-32	-05	12
26	09	-79	26	70
27	20	71	25	61
28	49	42	44	61
29	79	27	-14	72
30	50	-30	15	36

Literaturverzeichnis.

- (1) Baeyer, W.v.: Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktionen in der Gegenwartsmedizin. Nervenarzt 19: 402 (1948).
Baeyer, W.v.: Die Freiheitsfrage in der forensischen Psychiatrie mit besonderer Berücksichtigung der Entschädigungsneurosen. Nervenarzt 28: 337 (1957).
Baeyer, W.v.: Erlebnisreaktive Störungen und ihre Bedeutung für die Begutachtung. Dtsch. med. Wschr. 83: 2317 (1958).
- (2) Bamm, H.: Selbstbekenntnisse von neurotischen Kriegsdrückebergern. Münchn. med. Wschr. 1: 471 (1938).
- (3) Binswanger, L.: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. (Francke, Bern 1955).
- (4) Blum, E.: Gesundheitsgewissen und Sozialversicherung. Schweiz. Z. Hyg. 2: (1931).
- (5) Bonhoeffer, K.: Zur Frage der Schreckpsychosen. Mschr. Psychiat. Neurol. 46: 143 (1919).
Bonhoeffer, K.: Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen. Dtsch. med. Wschr. 52: 179 (1926).
Bonhoeffer, K.: Bemerkungen zur "Unfallneurose" an der Hand einiger neuerer Arbeiten. Dtsch. med. Wschr. 53: 14 (1927).
Bonhoeffer, K.: Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus den beiden Weltkriegen. Nervenarzt 18: 1 (1947).
- (6) Bürger-Prinz, H.: Über Motiv und Motivation. Nervenarzt 18: 241 (1947).
- (7) Dansauer, F.: Aerztlich-erkenntnistheoretische Betrachtungen über den adäquaten Zusammenhang bei sogenannten Renten- oder Unfallneurosen. Aerztl. Sachverst. Z. 44: 30 (1938).

- Dansauer, F.: u. Schellworth, W.: Neurosenfrage, Ursachenbegriff und Rechtsprechung. (Thieme, Leipzig 1939).
- (8) Derbolowsky, U.: Kriterien der Rentenneurose. Hippokrates 29: 369 (1958).
- (9) Dukor, B.: Die psychogenen Reaktionen in der Versicherungsmedizin. Schweiz. med. Wschr.: 405-410, 479-482, 499-503 (1950).
- (10) Eliasberg, W.: Ist die Unfallneurose ein rein medizinisches Problem? Klin. Wschr. 2: 1388 (1927).
- (11) Enke, W.: Unfallneurose und Konstitution. Allg. ärztl. Z. Psychoth. u. psych. Hyg. 2: 364 (1929).
- (12) Eyrich, M.: Zur Psychologie der Unfallneurosen. Dtsch. med. Wschr. 56: 2129 (1930).
- (13) Flückiger-Müller, R.: Persönlichkeit und Lebenssituation bei 130 Versicherungsneurotikern. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 67/68: 279 (1952).
- (14) Gaupp, R.: Hysterie und Kriegsdienst. Münchn. med. Wschr. 1: 361 (1915).
- (15) Göring, M.H.: Die Bedeutung der Neurose in der Sozialversicherung. Zbl. Psychoth. 11: 36 (1939).
- (16) Hagmeier, E.: Die Rehabilitation Körperbehinderter als psychologisches Problem. (Bouvier, Bonn 1955).
- (17) Hanse, A.: Erblichkeit, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik. Die Rentenneurotiker. Münchn. med. Wschr. 1: 338 (1935).
- (18) Hauptmann, A.: Krieg der Unfallhysterie! Dtsch. Z. Nervenheilk. 88: 186 (1926).
- (19) Hirschmann, J.: Umweltstabilität der Neurosehäufigkeit. Arch. Psychiat. 189: 192 (1952).
- (20) His, W.: Beurteilung, Begutachtung und Rechtspre-

chung bei den sogenannten Unfallneurosen.
Dtsch. med. Wschr. 52: 182 (1926).

- (21) Hoche, A.: Unzulässige Auslegung des Unfallversicherungsgesetzes. Dtsch. med. Wschr. 54: 1195 (1928).
- (22) Hoff, H.: Die Persönlichkeit des Rentners. Wien. med. Wschr. 111: 495 (1961).
- (23) Hoffmann, H.: Über die Unfallneurose. Klin. Wschr. 1: 121 (1931).
- (24) Janz, H.W.: Psychopathologische Reaktionen der Kriegs- und Nachkriegszeit. Fortschr. Neurol. Psychiat. 17: 264 (1949).
- (25) Jossmann, P.: Wesen und Beurteilung der sogenannten Unfallneurosen. Fortschr. Ther. 3: 230 (1927).
- Jossmann, P.: Die sogenannte traumatische Neurose. Z. ärztl. Fortbild. 25: 659 (1928).
- Jossmann, P.: Über die Bedeutung der Rechtsbegriffe "äußerer Anlaß" und "innerer Zusammenhang" für die medizinische Beurteilung der Rentenneurose. Nervenarzt 2: 385 (1929).
- (26) Kayser, A.: Über das Verhältnis berechtigter und unberechtigter Kriegsrentenansprüche auf psychiatrischem und neurologischen Gebiet. Nervenarzt 23: 265 (1952).
- (27) Kolle, K.: Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht. Nervenarzt 29: 148 (1958).
- (28) Krauss, P.: Zur Begutachtung von Neurotikern auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Fortschr. Neurol. Psychiat. 30: 135 (1962).
- (29) Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie. (Thieme, Stuttgart 1947).
- Kretschmer, E.: Hysterie, Reflex und Instinkt. (Thieme, Leipzig 1946).
- Kretschmer, E.: Die Begutachtung der Neurosen

und psychopathischen Reaktionen in der Sozialversicherung. Dtsch. med. Wschr. 82: 433 (1957).

- (30) Kronfeld, A.: Über die psychologische Entstehung sogenannter Unfallneurasthenien. Vjschr. gerichtl. Med. 48: 28 (1914).
- (31) Laubenthal, F.: Kasuistischer Beitrag zur Psychologie der Unfallneurosen. Dtsch. med. Wschr. 58: 1492 (1932).
- (32) Leferenz, H.: Neuere Ergebnisse der gerichtlichen Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 22/23: 369 (1954/55).
- (33) Leonhardt, L.: Die Entschädigungspflicht der Neurose als Problem der Sozialversicherung. Nervenarzt 28: 418 (1957).
- (34) Levy-Suhl, M.: Der Ausrottungskampf gegen die Rentenneurosen und seine Konsequenzen. Dtsch. med. Wschr. 41: 1727 (1926).
- Levy-Suhl, M.: Die Rentenneurosenfrage nach der letzten Entscheidung des Rentenversicherungsamtes. Dtsch. med. Wschr. 53: 887 (1927).
- (35) Lottig, H.: Zur Frage der Behandlung von "Unfallneurosen". Nervenarzt 3: 321 (1930).
- (36) Mayer, K.: Die Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur für die Entwicklung seelischer Fehlhaltungen nach einem Unfall. Nervenarzt 31: 210 (1960).
- (37) Meier-Blaauw, R.: Zur Genese der Rentenneurose. Allg. Z. Psychiat. u. psych.-gerichtl. Med. 99: 323 (1933).
- (38) Müller-Suur, H.: Erlebnishintergrund und Persönlichkeitshaltung. Nervenarzt 25: 431 (1954).
- Müller-Suur, H.: Zur Frage der strafrechtlichen Beurteilung von Neurosen. Arch. Psychiat. Nervenheilk. 194: 368 (1955/56).
- (39) Münch, F.: Medizinisch-psychologische Untersuchun-

gen Unfallverletzter. (Enke, Stuttgart 1963).

- (40) Naegeli, O.: Unfalls- und Begehrungsneurosen.
(Enke, Stuttgart 1917).
- (41) Oppenheim, H.: Die traumatischen Neurosen; in:
Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte
und Studierende. (Karger, Berlin 1894).
- (42) Perret, A. et Schneider, P.-B.: Névrose d'assurance
et tests psychologiques. Ann. méd.-psychol.
122: 427 (1964).
- (43) Pflanz, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. (Enke,
Stuttgart 1962).
- (44) Quensel, F.: Unfallneurose und Rechtsprechung des
Reichsgerichts. (Thieme, Leipzig 1940).
Quensel, F.: Die nervenärztliche Begutachtung im
Versicherungsrecht, insbesondere in der Un-
fallversicherung. Fortschr. Neurol. Psychiat.
14: 1 (1942).
- (45) Reichardt, M.: Die Einwirkung der Unfallgesetzgebung
auf die Seele der Unfallverletzten. Z. Krüpp-
pelfürs. 27: 153 (1934).
- (46) Riese, W. (Hrsg.): Die Unfallneurose als Problem
der Gegenwartsmedizin. (Hippokrates, Stutt-
gart 1929).
- (47) Rüken, H.: Soziale Medizin und Hygiene. Zur Frage
des Schicksals von Sozialneurotikern.
Münchn. med. Wschr. 2: 2159 (1931).
- (48) Salinger, F.: Beitrag zur Frage der Renten neurosen.
Allg. Z. Psychiat. u. psych.-gerichtl. Med.
92: 191 (1930).
- (49) Schellworth, W.: Neurosenfrage, Ursachenbegriff und
Rechtsprechung. (Thieme, Stuttgart 1953).
- (50) Schmidt, G.: Gestaltwandel von Massenreaktionen auf
Kriegs- und Nachkriegsüberlastung. Fortschr.
Neurol. Psychiat. 22: 125 (1954).
- (51) Schulz, G.: Die "Rentenneurose". Med. Klin. 55:
2072 (1960).

- (52) Seelert, H.: Über Neurosen nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung von Erfahrungen im Kriege. Mschr. Psychiat. Neurol. 38: 328 (1915).
- Seelert, H.: Medizinische Gesichtspunkte zur Rechtspraxis im Streit um die Neurosen der Rentenbewerber. Mschr. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. 40: 20 (1933).
- (53) Seibert, O.: Über einige nicht alltägliche Krankheitsvortäuschungen durch Selbstbeschädigung. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 39: 530 (1948).
- (54) Sperling, E.: Verletztenprobleme in anthropologisch-soziologischer Sicht. Der soziale Wertaspekt. Nervenarzt 34: 401 (1963).
- (55) Spiel, W.: Psychohygienische Betrachtungen zum Problem des Rentenbegehrens. Wien. med. Wschr. 111: 564 (1961).
- (56) Stier, E.: Über die sogenannten Unfallneurosen. Dtsch. med. Wschr. 51: 47 (1925).
- (57) Stierlin, E.: Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Dtsch. med. Wschr. 37: 2028 (1911).
- (58) Störriin, G.: Die Verschiedenheiten der psychopathologischen Erfahrungen im Weltkriege und im jetzigen Krieg und ihre Ursachen. Münchn. med. Wschr. 1: 25 (1942).
- (59) Straus, E.: Geschehnis und Erlebnis. (Springer, Berlin 1930).
- (60) Strauß, H.: Zur Begutachtung der hysterischen Störungen nach Unfall und Kriegsdienstbeschädigung. Z. Psychiat. 85: 537 (1927).
- Strauß, H.: Besonderheiten der nichtpsychotischen seelischen Störungen bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihre Bedeutung bei der Begutachtung. Nervenarzt 28: 344 (1957).

- (61) Venzlaff, U.: Die Entschädigungspflicht von Neurosen im Zivilrecht. (Eine bemerkenswerte Entscheidung des Bundesgerichtshofes). Nervenarzt 28: 415 (1957).
Venzlaff, U.: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen. Die sogenannten Unfallneurosen. (Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1958).
- (62) Wagner, M.: Die Erbanlage bei Rentenneurotikern. Dtsch. Z. Nervenheilk. 123: 230 (1932).
- (63) Weiler, K.: Renten"neurose"? Münchn. med. Wschr. 73: 1839 (1926).
- (64) Weizsäcker, V.v.: Über Rentenneurosen. Nervenarzt 2: 569 (1929).
Weizsäcker, V.v.: Über sogenannte Unfallneurosen. Zbl. Psychother. 12: 209 (1940).
Weizsäcker, V.v.: Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. (Vandenhoeck + Ruprecht, Göttingen 1955).
- (65) Welsh, G.S. u. Dahlstrom, W.G.(Hrsg.): MMPI handbook; a guide to use in clinical practice and research. (Univ. of Minn. press, Minneapolis 1960).
- (66) Wilde, W.: Die Unfallneurose als Problem der Sozialrechtssprechung in der neueren Entwicklung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 20: 477 (1952).
- (67) Witter, H.: Die Entschädigungspflicht der Neurose als Problem der Sozialversicherung. Nervenarzt 27: 505 (1956).
Witter, H.: Determinationsstruktur und Freiheitsgrad bei der rechtlichen Beurteilung von Neurosen. Nervenarzt 30: 221 (1959).

Lebenslauf.

Am 16.4.1941 wurde ich als Tochter des Betriebsdirektors der Ostpreußenwerke A. G. Königsberg, Wilhelm Mundorf und seiner Ehefrau Gertrud, geb. Preuß, in Königsberg in Preußen geboren.

Von 1947 bis 1952 besuchte ich die Volksschule in Wetzlar. Anschließend war ich 9 Jahre lang Schülerin der Lotte - Schule Wetzlar, Realgymnasium für Mädchen, an der ich am 20.2.1961 die Reifeprüfung ablegte.

Im Sommer - Semester 1961 immatrikulierte ich mich an der medizinischen Fakultät der Justus - Liebig - Universität Gießen, an der ich nach 2 Semestern das Vorphysikum, nach 5 Semestern das Physikum und nach 11 Semestern, am 9.2.1967 das Staatsexamen ablegte. Seit April 1967 bin ich als Medizinalassistentin tätig.

